

Kiedy specjalista z zakresu zdrowia psychicznego spotyka się z przemocą – rozpoznawanie i zgłaszanie krzywdzenia dziecka

When mental health professional meet with violence – recognizing and reporting child abuse

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków. Kierownik (p.o.): dr n. med. Maciej Pilecki

² Krakowski Instytut Psychoterapii Stowarzyszenia SIEMACHA, Kraków. Kierownik: mgr Ryszard Izdebski

Correspondence to: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, ul. Kopernika 21 A, 31-501 Kraków, tel.: 12 424 87 40, e-mail: k.szwajca@siemacha.org.pl

Streszczenie

Specjaliści pracujący z dziećmi i rodzinami z reguły nie mają wątpliwości, że dzieciom krzywdzonym w rodzinie należy pomagać. Ale między deklaracjami pomocy a praktyką istnieje przepaść. Krzywdzenie w rodzinie jest rozpoznawane i zgłaszane (systemom ochrony dzieci, sądom rodzinnym czy organom ścigania) stosunkowo rzadko. W Polsce – ekstremalnie rzadko. Wskaźniki oficjalnie odnotowanej przemocy wobec dzieci od lat utrzymują się na bardzo niskim poziomie. Tymczasem rozpoznanie krzywdzenia, które nie powoduje uruchomienia systemowego, skoordynowanego działania, a pomoc ogranicza się do wsparcia psychologicznego udzielanego maltretowanemu dziecku, nie przerywa krzywdzenia i nie może być skuteczne. Dziecko (niezależnie od wieku) nie potrafi skutecznie przeciwstawić się przemocy. Specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego zbyt rzadko uwzględniają kwestię krzywdzenia wewnątrzrodzinnego w swojej pracy klinicznej. Diagnoza krzywdzenia nie jest łatwa. Wymaga specjalistycznej wiedzy, interpretacji faktów często z różnych obszarów – zachowania dziecka, jego dolegliwości somatycznych, problemów emocjonalnych, zachowań i wyjaśnień opiekuna. Standardowy wywiad psychiatryczny nie jest wystarczająco czułym narzędziem do identyfikacji krzywdzenia. W artykule omówiono najpoważniejsze trudności diagnostyczne. Porównano także powstający w Polsce system ochrony dziecka do modelu amerykańskiego, opartego na agencjach ochrony dziecka. W Polsce nie dokonał się jeszcze proces, który w krajach Zachodu miał miejsce w latach osiemdziesiątych XX wieku – wzrostu społecznej wrażliwości, zmiany patrzenia na zjawiska przemocy przez specjalistów i poważnego wzrostu wykrytych przypadków krzywdzenia.

Słowa kluczowe: przemoc wewnątrzrodzinną, system pomocy dziecku, diagnoza krzywdzenia, zgłaszanie przemocy

Summary

Professionals working with children and families generally have no doubt that the abused children in the family should be helped. However, between declarations of help and practice there is abyss. Abuse of the family is recognized and reported (systems of child protection, family courts and enforcement) relatively rare. In Poland – extremely rare. Indicators of officially recorded violence against children for years remained at a very low level. Meanwhile the diagnosis of abuse, which does not start the system, coordinated action and is limited to psychological support provided to the abused child, do not interrupt abuse and cannot be effective. Child (regardless of age) cannot oppose violence effectively. Mental health professionals take into account the perspective of abuse within the family in their clinical work too rarely. The diagnosis of abuse is not easy. It requires specialized knowledge. It requires interpretation of the facts, often from different areas – the child's behaviour, somatic complaints, emotional problems, behaviour and explanations of career. Standard psychiatric history is not sufficiently sensitive tool for identifying abuse. The article discusses the most serious diagnostic difficulties. Also it is compared the system of child protection that it is forming in Poland to the American model based on the child protection services. In Poland, it did not even complete the process that in Western countries took place in the eighties of the twentieth century – an increase in social sensitivity, changes of looking at the phenomenon of violence by professionals and serious increase in identified cases of abuse.

Key words: violence within the family, system of child protection, diagnosis of abuse, reporting of violence

WSTĘP

Specjaliści pracujący z dziećmi i rodzinami z reguły nie mają wątpliwości, że dzieciom krzywdzonym w rodzinie należy pomagać. Nastawienia i poglądy specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego są podobne, prawdopodobnie także w Polsce, choć nie przeprowadzono jeszcze poważnych badań dotyczących tej problematyki (przynajmniej autorowi nie są znane takie badania). Ale między deklaracjami pomocy a praktyką istnieje przepaść. Krzywdzenie w rodzinie rozpoznawane jest i zgłaszane (systemom ochrony dzieci, sądom rodzinnym czy organom ścigania) stosunkowo rzadko. W Polsce – ekstremalnie rzadko. W Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej przyjmuje się szacunkowo, że służbom ochrony dzieci zgłaszanych jest 10–50% przypadków maltretowania^(1,2). Te wskaźniki skłaniają autorów do użycia metafory lodowca⁽³⁾ – widzimy wierzchołek góry lodowej, większość pozostaje w ukryciu (metafora jest dość adekwatna statystycznie – pod wodą pozostaje 75–90% masy lodowca⁽⁴⁾). Amerykańska metafora nie pasuje do polskiej rzeczywistości. Dlaczego?

IDENTYFIKACJA KRZYWDZENIA DZIECKA – PRZYKŁAD AMERYKAŃSKI VERSUS REALIA POLSKIE

Sieć amerykańskich rządowych agencji ochrony dziecka (*child protection services*, CPS) otrzymuje 3,4 mln raportów o podejrzeniu krzywdzenia dzieci rocznie, dotyczących 6,3 mln dzieci – potencjalnych ofiar krzywdzenia. Z tego około 160 tysięcy raportów pochodzi od specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego (blisko 5% informacji o podejrzeniu krzywdzenia)⁽⁵⁾. W Polsce, zgodnie z procedurą Niebieskiej Karty, rejestruje się około 40 tysięcy dzieci – potencjalnych ofiar krzywdzenia⁽⁶⁾. Lekarze wszystkich specjalności założyli mniej niż 1% kart⁽⁷⁾. Udział specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego związanych ze służbą zdrowia nie jest podawany w statystykach, ale można wnioskować, że jest niemal zerowy. Niebieska Karta to jedyna procedura, którą można porównać do obowiązujących w krajach o dłuższej niż w Polsce tradycji walki z krzywdzeniem dzieci. Identyfikuje kilkakrotnie większą liczbę dzieci krzywdzonych, niż pokazują dane pochodzące z wymiaru sprawiedliwości (sądownie ustalona liczba niepełnoletnich ofiar znęcania nad członkami rodziny to około 5 tysięcy osób, podobnie liczna jest grupa ofiar z art. 200 k.k. – obcowania płciowego z dziećmi do 15. roku życia⁽⁸⁾). Jest ona zaczątkiem polskiego systemu wsparcia dla ofiar krzywdzenia w rodzinie (który jeszcze nie istnieje), stymuluje oddziaływania interdyscyplinarne. Nie jest wprowadzanie skoncentrowana na dobru dziecka – praktyka pokazuje wyraźnie, że koncentruje uwagę systemów pomocowych na dorosłych ofiarach – tych, którzy o swoim krzywdzeniu opowiedzą interweniującej policji albo pracownikowi socjalnemu, niemniej jednak przy okazji rejestruje także dzieci dorastające w rodzinach z przemocą.

Oczywiście surowe dane niewiele nam mówią – w USA żyje blisko dziewięć razy więcej dzieci niż w Polsce. W przeliczeniu na liczbę dzieci w Stanach Zjednoczonych identyfikowanych jest około 18 razy więcej przypadków krzywdzenia niż w Polsce. Wskaźniki zgłaszania potencjalnego krzywdzenia podobne do polskich osiąga zamieszkały przez 1,6 mln mieszkańców stan Karolina Południowa (40 700 krzywdzonych dzieci)⁽⁹⁾.

Może więc Stany Zjednoczone są krajem o szczególnie wysokim poziomie wiktymizacji dzieci? Wręcz przeciwnie. Krzywdzenie dotyka w Polsce wyraźnie większego odsetka dzieci niż w USA czy krajach Europy Zachodniej. Fundacja Dzieci Niczyje przeprowadziła badania na reprezentatywnej próbie, przy użyciu takiej samej metodologii jak w USA i Wielkiej Brytanii (warto zaznaczyć, że użyte narzędzie „wyklucza epizody konwencjonalnych kar cielesnych, definiowane jako klapsy w pośladki”⁽⁹⁾). Przykładowo przemocy fizycznej (która stanowi obszar łatwy do porównań, jeśli chodzi o szacowanie skali występowania, i mało wrażliwy na różnice kulturowe w przeciwieństwie do krzywdzenia psychicznego) w Polsce ze strony osób dorosłych doświadczyło 21% badanej populacji, w Wielkiej Brytanii – 7%⁽¹⁰⁾, w USA – 10%⁽¹¹⁾. Może więc w USA wrażliwość na krzywdzenie dzieci jest ekstremalnie wysoka? Znowu nieprawda – w sąsiedniej Kanadzie wskaźniki udowodnionej przemocy fizycznej wobec dzieci są dwa i pół razy wyższe, a różnica tłumaczona jest innymi standardami dotyczącymi wrażliwości społecznej i dopuszczalności stosowania kar cielesnych⁽¹²⁾.

Stany Zjednoczone w obszarze rozpoznawania i zapobiegania przemocy wobec dzieci w niczym nie są „ekstremalne”, ale dysponują sprawdzonym, rzetelnym, funkcjonującym od wielu lat systemem publicznego wsparcia dla dzieci krzywdzonych. Systemem, który wychwytuje to, co najważniejsze z perspektywy współczesnej wiedzy z psychologii i psychopatologii rozwojowej. Przede wszystkim szybko identyfikuje problemy i wspiera wczesne rodzicielstwo – prawie połowa (46,7%) zgłoszeń do CPS dotyczy dzieci do 5. roku życia. Podstawowe znaczenie wczesnego etapu rozwoju i szczególnie destruktywny wpływ wczesnej interpersonalnej traumatyzacji są dobrze udowodnione (wczesna trauma koreluje z bardziej kompleksową psychopatologią niż późniejsza). Amerykański system ochrony dzieci skupia się na najbardziej traumatycznym krzywdzeniu – wewnątrzrodzinnym; tylko w przypadku 12% zgłoszeń dziecięcą ofiarą była krzywdzona przez osobę, która nie była jej rodzicem. Wiemy, że dzieci narażone na poważne stresory „pozarodzinne” są zaskakująco odporne, ale dzieci krzywdzone przez osoby bliskie nie radzą sobie w zaskakująco wielu obszarach. Im sprawca jest bliższy, tym ryzyko poważnych konsekwencji większe. Dziecko jest bowiem zdradzone przez osobę, która ma się nim opiekować i je kochać. Coraz większą uważność wykazuje wobec krzywdzenia psychicznego, szczególnie zaniedbania uczuciowego, które jest nie tylko najczęstszą formą krzywdzenia dziecka, ale także z największym

prawdopodobieństwem skutkuje psychopatologią i złym funkcjonowaniem. Według niektórych badań (np. Gross i Keller⁽¹³⁾) jego destrukcyjny wpływ może być większy niż „tradycyjnych” form krzywdzenia.

W Polsce sytuacja jest radykalnie inna. Przemoc jest rozpoznawana nie tylko ekstremalnie rzadko, ale także późno (często wobec młodzieży w wieku gimnazjalnym czy nawet ponadgimnazjalnym) i „przypadkowo” – przy okazji działań podejmowanych wobec dzieci trudnych, „nie-dostosowanych”, szczególnie tych z zachowaniami ekstermalizacyjnymi (np. wobec dzieci agresywnych w relacjach rówieśniczych, impulsywnych i nadpobudliwych). Psychologiczne wspieranie wczesnego rodzicielstwa jest rzadkie, podobnie jak wykrywanie krzywdzenia psychicznego.

Model amerykański nie jest jedynym (w piśmiennictwie dyskutowane są także modele: brytyjski, kanadyjski, niemiecki, skandynawskie itd.), ale dzięki skali demograficznej, rzetelności statystyk, obfitości piśmiennictwa i paradoksalnie być może bardziej podobnemu do warunków polskich kontekstowi społecznemu niż w krajach Europy Zachodniej wydaje się dobrym materiałem porównawczym.

ZNACZENIE ROZPOZNANIA KRZYWDZENIA DZIECKA

Możemy tylko spekulować, jaki odsetek krzywdzonych dzieci w Polsce otrzymuje „oficjalne” rozpoznanie i zyskuje tym samym szanse na jakiegokolwiek działania ukierunkowane na problematykę przemocy. Ukierunkowane, a więc odnoszące się do faktu, że dzieci te doświadczają poważnych form krzywdzenia – maltretowania, molestowania seksualnego, nasilonej przemocy emocjonalnej. Odnoszące się w sposób, który dawałby szanse zmiany ich sytuacji, który poszukiwałby korzeni (czynników etiologicznych) ich zaburzonych zachowań.

Część dzieci, które trafiają do nas, specjalistów zdrowia psychicznego, funkcjonuje w zaburzony sposób dlatego, że są ofiarami poważnego krzywdzenia. O ile w większości zaburzeń psychicznych i w codziennej praktyce dywagacje etiologiczne są mało konkluzyjne, a terapeutycznie nieprzydatne, o tyle w sytuacji poważnej przemocy sytuacja radykalnie się zmienia. Związek przyczynowo-skutkowy między krzywdzeniem, szczególnie krzywdzeniem wewnątrzrodzinnym, a wyraźnymi szkodami zdrowotnymi i rozwojowymi jest oczywisty i udowodniony. Jego dostrzeżenie przez dorosłego i nadanie mu znaczenia – także przez poinformowanie o fakcie krzywdzenia – daje szansę przerwania przemocy. Zwiększa liczbę osób obserwujących rodzinę i przestrasza sprawcę. Poza tym realistycznie opisuje sytuację krzywdzenia – wskazuje sprawcę i skrzywdzonego. W sytuacji, kiedy ofiary doświadczą traumatycznych z reguły czują się winne urazom, których doświadczyły, a mechanizm ten jest szczególnie widoczny u dziecięcych ofiar krzywdzenia w rodzinie, takie instytucjonalne potwierdzenie realności krzywdzenia ma znaczenie fundamentalne.

Jest pewne, że zbyt rzadko uwzględniamy perspektywę krzywdzenia wewnątrzrodzinnego (my, specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego). Przemocy wobec dzieci nie widzimy, nie rozpoznajemy, a jeśli dostrzeżemy ją – nie wiemy, co z nią zrobić. Z przedstawionych powyżej danych liczbowych wynikałoby, że w warunkach polskich być może co setne (!) krzywdzone dziecko uzyskuje taki oficjalny status ofiary – uruchamiane są wobec niego i rodziny działania instytucjonalne, podejmuje się próby integracji systemów wsparcia (grupy robocze Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie), znajduje się ono w orbicie zainteresowań Sądu Rodzinnego czy pomocy społecznej. Cała reszta maltretowanych dzieci pozostaje w szarej strefie, gdzie krzywdza nie jest nazwana (a tym bardziej osądzona), raczej twierdzi się, że „nic nie jest pewne”, „lepiej się nie wtrącać”, rodzina „może nie jest najlepsza, ale zawsze to rodzina” itd. Tymczasem przemoc w rodzinie jest przewlekła, powtarzalna i nie ustaje sama z siebie, przeciwnie – z czasem ma tendencję do narastania i obrasta w kolejne, coraz bardziej drastyczne formy. Jest wynikiem działania osób bliskich, ważnych i jako taka jest szczególnie destruktywna.

Rozpoznanie krzywdzenia, które nie pociąga za sobą uruchomienia systemowego, skoordynowanego działania, a postępowanie ogranicza się do wsparcia psychologicznego udzielanego maltretowanemu dziecku, nie przerywa krzywdzenia i nie jest pomocą. Jest błędem w sztuce, bowiem dziecko (niezależnie od wieku) nie potrafi skutecznie przeciwstawić się przemocy. Nie istnieją narzędzia psychologiczne, które pozwoliłyby wyposażać dziecko w umiejętność ochrony siebie, szczególnie w sytuacji, gdy zagrożenie płynie od najbliższych. Warunkiem koniecznym do rozpoczęcia terapii jest przerwanie krzywdzenia i zapewnienie dziecku bezpieczeństwa.

Wydaje się, że powinniśmy o tym wiedzieć. Teoretycznie wiemy, w praktyce wiedza ta pozostaje bezużyteczna. Nie wystarczająco pomagamy naszym dziecięco-młodzieżowym pacjentom, którym dzieje się krzywdza w rodzinie. Dlaczego?

TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE

Diagnozowanie przemocy i praca z nią nie są proste ani intuicyjne. Nie istnieje „syndrom dziecka krzywdzonego”, a szkodliwe następstwa cechują się dużą zmiennością indywidualną. Diagnoza zespołu stresu pourazowego (PTSD) jest niewystarczająca i nieadekwatna (raczej myląca w codziennej praktyce) dla opisu szkodliwych następstw przewlekłej traumy interpersonalnej, tym bardziej u małych dzieci. Żaden z objawów nie występuje u większości krzywdzonych dzieci. Ekstremalnie rzadko spotykamy całkowicie jednoznaczne dowody krzywdzenia (ciąża, choroba weneryczna itp.). Badanie fizykalne, z wyjątkiem bardzo nasilonej przemocy fizycznej, ma ograniczone znaczenie i nie jest dobrym narzędziem do oceny, czy doszło do molestowania seksualnego⁽¹⁴⁾.

W praktyce klinicznej częściej niż z ekstremalnie nasilonym znęcaniem się nad dzieckiem czy drastycznymi formami kazirodztwa spotykamy się przemocą niejednoznaczną, „rozmytą”, z nie do końca jasnymi intencjami krzywdzącego rodzica, z przemocą, która nie pozostawia śladów na ciele, a raczej krzywdę emocjonalną.

Z reguły dziecięce ofiary nie łączą swoich dolegliwości z faktem przemocy. Im dłużej trwa, tym bardziej wydaje się czymś normalnym – nieodłącznym elementem bliskich relacji z opiekunem. Ofiary przemocy wewnątrzrodzinnej są przekonane, że podobnie do ich własnych rodzin funkcjonują inne. Uczą się zaburzonego świata, w którym przemoc to coś normalnego, a rodzic ma prawo znęcać się nad dzieckiem. Wierzą przy tym, że to w nich tkwi przyczyna złego traktowania i że nie zasługują na pomoc. Bardzo rzadko samodzielnie poszukują pomocy. Raczej chronią swoich rodziców – sprawców krzywdzenia. Decyzji o ujawnieniu towarzyszy ambiwalencja i niepewność – często próbują zanegować swoje wcześniejsze wypowiedzi⁽¹⁵⁾. Raczej słabo zapamiętują powtarzalne, chroniczne krzywdzenie, w większości obronnie unikają wspomnień⁽¹⁶⁾. Nie potrafią sprawnie opowiedzieć o swoich urazowych doświadczeniach, bowiem trauma pogarsza sprawność narracyjną. Ponadto wychowały się w rodzinach, w których obowiązywała norma „niemówienia” – nie wolno rozmawiać o tym, co się dzieje, zarówno między sobą, jak i z osobami na zewnątrz. Zresztą wśród dziecięcych ofiar nadreprezentowane są te, które mają trudności w sprawnym komunikowaniu się – autystyczne, upośledzone umysłowo, zbyt małe, aby mogły wiarygodnie opowiedzieć o swoich krzywdach itp.⁽¹⁷⁾

Rozpoznanie przemocy wymaga zatem interpretacji faktów, często z różnych obszarów – zachowania dziecka, jego dolegliwości somatycznych, problemów emocjonalnych, zachowań i wyjaśnień opiekuna. I przede wszystkim rozmowy (jeśli jest ona możliwa). W większości przypadków jedynym dowodem krzywdzenia jest opowiadanie o tym przez dziecko⁽¹⁴⁾. Co zatem wspiera ujawnienie informacji zagrażających (takich, których dziecko może nie chcieć ujawnić ze względu na strach i lojalność)? Czy dziecko jest wiarygodne w tym, co mówi? Specjaliści mają dużo wątpliwości – zasadniczo niesłusznie⁽¹⁸⁾. Co w sytuacji, kiedy dziecko odwoła to, co wcześniej powiedziało? Co, jeśli jego opisom zaprzeczają opiekunowie (a dzieje się tak bardzo często⁽¹⁹⁾)? Co z małymi dziećmi albo dziećmi upośledzonymi, które nie potrafią sprawnie i wiarygodnie opisać swojej sytuacji?

Standardowy wywiad psychiatryczny nie jest wystarczająco czułym narzędziem do identyfikacji krzywdzenia. Zaleca się zadawanie ukierunkowanych pytań o doświadczenia traumatyczne w ramach każdego wywiadu psychiatrycznego. Rutynowym elementem badania powinny być pytania o zasady i ograniczenia panujące w domu, sposoby karania i nagradzania, o to, kogo dziecko się obawia, czy ma tajemnice, o których nie chciało czy nie mogło nikomu opowiedzieć, komu mogłoby się zwierzyć, gdyby miało

jakieś kłopoty, czy ktokolwiek dotykał je w sposób, który mu się nie podobał, kto gdzie w domu śpi, jak wygląda kąpiel, czy ktoś je w ostatnim czasie uderzył itp. Zadawanie konkretnych pytań zwiększa prawdopodobieństwo ujawnienia krzywdzenia⁽¹⁴⁾. Jednak zdecydowana większość specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego tak nie pracuje. W badaniu przeprowadzonym niedawno w Wielkiej Brytanii tylko 15% z nich zadeklarowało, że rutynowo pytają pacjentów o przemoc i krzywdzenie⁽²⁰⁾.

ZAKOŃCZENIE

Pomóc może szkolenie specjalistów. Związek między szkoleniem z tego obszaru a lepszą wykrywalnością przypadków krzywdzenia jest oczywisty. Jednak niedostatkami wiedzy nie da się wytłumaczyć wszystkiego. Dysponujemy sporą liczbą badań z krajów zachodnich, głównie z lat osiemnastu i dziewięćdziesiątych, poświęconych ocenie czynników wpływających na wykrywalność i raportowanie zjawiska krzywdzenia dzieci. Ich wyniki zasługują na oddzielną publikację. W tym miejscu warto zaznaczyć, że najwięcej wiemy o wpływie poglądów, nastawień i przesądów specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego, sporo o znaczeniu zagadnień organizacyjnych służby zdrowia i systemów wsparcia (zwraca się uwagę szczególnie na współpracę międzyinstytucjonalną i multidyscyplinarność działań). Podkreśla się, że barierą w raportowaniu krzywdzenia jest słaba znajomość przez specjalistów przepisów prawa i procedur sprawozdawczych⁽²¹⁾. Pisz się, że niechęć specjalistów zdrowia psychicznego do informowania o krzywdzeniu w rodzinie jest związana również z tym, że poufność relacji terapeutycznej stanowi istotny, integralny fragment naszej zawodowej tożsamości. Akcentuje się także znaczenie podzielanych społecznie wartości, wrażliwości, klimatu kulturowego. Od lat siedemdziesiątych, jak napisał w 1996 roku Liberation⁽²²⁾: „dziecięca krzywda znalazła się w obszarze wrażliwości zachodnich sumień – począwszy od turystyki seksualnej, a kończąc na kazirodztwie”.

Świadomość społeczna w Polsce zmienia się z opóźnieniem, ale stosunkowo szybko – zmniejsza się przyzwolenie na stosowanie kar fizycznych wobec dzieci, zwiększa aprobata dla społecznej kontroli nad sposobem traktowania dzieci przez rodziców⁽⁶⁾. W krajach Zachodu rozbudowana społeczna wrażliwość skutkowałą skokowym wzrostem zgłoszeń o przemoc domową – w Londynie między rokiem 1985 a 1992 wzrost ten był dwunastokrotny. W USA liczba zgłaszanych przypadków molestowania seksualnego dzieci rosła w latach osiemnastu przeciętnie o 10% rocznie⁽²³⁾. Teraz społeczeństwa zachodnie są już na zupełnie innym etapie – od połowy lat dziewięćdziesiątych wyraźnie spada liczba krzywdzonych dzieci, przy czym najwyraźniej liczba przypadków ciężkiej przemocy fizycznej^(24,25). W Polsce, co zaskakujące, ten proces jeszcze się nie zaczął. Wskaźniki oficjalnie odnotowanej przemocy wobec dzieci od lat praktycznie nie drgnęły i są niezwykle niskie. Nie może nas to uspokajać. Nic bowiem nie wskazuje,

aby Polska była wyspą szczęścia i harmonii rodzinnej, w której wszystko dzieje się lepiej niż gdzie indziej, a rodziny są bez wyjątku „zdrowe” i idealne. Skoro tak nie jest, musimy uznać, że specjaliści pracujący z dziećmi i rodziną (w tym specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego) są nie dość uwrażliwieni na problematykę przemocy i stanowczo zbyt rzadko podejmują działania, do których zostali zobowiązani.

Niewątpliwie nam – specjalistom z zakresu zdrowia psychicznego – łatwiej jest „nie widzieć”, „nie zauważać”, „nie domyślać się”. Ale nie mamy prawa do tego rodzaju niewinności, powierzchowności, ignorancji. Dostrzeganie krzywdy jest czynem etycznym. W tej sprawie jesteśmy zobowiązani do dociekliwości, rzetelności i uważności, do refleksji, dylematów, wątpliwości i konfuzji.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Bolen R.M., Scannapieco M.: Prevalence of child sexual abuse: a corrective meta-analysis. *Social Service Review* 1999; 73: 281–313.
2. Sethi D., Bellis M.A., Hughes K. i wsp.: European Report on Preventing Child Maltreatment. World Health Organization, 2013.
3. Trocmé N., Fallon B., MacLaurin B. i wsp.: Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect – 2003: Major Findings. Minister of Public Works and Government Service, Ottawa, ON, Canada 2005.
4. Wikipedia: Góra lodowa. Adres: http://pl.wikipedia.org/wiki/G%C3%B3ra_lodowa (dostęp 13.08.2014 r.).
5. US Department of Health and Human Services: Child Maltreatment 2012. Washington 2013.
6. Jarosz E., Nowak A.: Dzieci ofiary przemocy w rodzinie. Raport Rzecznika Praw Dziecka. Funkcjonowanie znowelizowanej ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa 2012.
7. Topolewska M.: Niebieska karta: Lekarze niechętnie walczą z przemocą. *Gazeta Prawna*, 03.06.2014 r. Adres: <http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/800963,niebieska-karta-lekarze-niechetnie-walczą-z-przemocą.html> (dostęp 13.08.2014 r.).
8. Lewandowska K., Rożen M.: Przemoc wobec dzieci. W: Sajkowska M. (red.): Dzieci się liczą. FDN, Warszawa 2011: 127–146.
9. Finkelhor D., Ormrod R., Turner H., Hamby S.L.: The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreat.* 2005; 10: 5–25.
10. Sajkowska M.: Skala przemocy wobec dzieci – dane statystyczne. W: *Przemoc wobec dzieci w Polsce. Diagnoza i rekomendacje.* FDN, Warszawa 2013: 5–10.
11. Finkelhor D., Turner H.A., Shattuck A., Hamby S.L.: Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *JAMA Pediatr.* 2013; 167: 614–621.
12. Fallon B., Trocmé N., Fluke J. i wsp.: Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2010; 34: 70–79.
13. Gross A.B., Keller H.R.: Long-term consequences of childhood physical and psychological maltreatment. *Aggress. Behav.* 1992; 18: 171–185.
14. Izdebski R., Sz wajca K., de Barbaro M., Szaszkie wicz W.: Przemoc w rodzinie, maltretowanie fizyczne i wykorzystanie seksualne dzieci i młodzieży. W: Namysłowska I. (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży.* PZWL, Warszawa 2012: 409–444.
15. Sorensen T., Snow B.: How children tell: the process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welfare* 1991; 70: 3–15.
16. Fletcher K.E.: Childhood posttraumatic stress disorder. W: Mash E.J., Barkley R.A. (red.): *Child Psychopathology.* Guilford Press, New York 1996: 242–276.
17. Stalker K., McArthur K.: Child abuse, child protection and disabled children: a review of recent research. *Child Abuse Rev.* 2012; 21: 24–40.
18. Browne K.D.: Wiarygodność dziecka – ofiary wykorzystywania seksualnego jako świadka. *Dziecko Krzywdzone* 2007; 4: 13–29.
19. Ney T. (red.): *True and False Allegations of Child Sexual Abuse: Assessment and Case Management.* Brunner/Mazel, New York 1995.
20. Nyame S., Howard L.M., Feder G., Trevillion K.: A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence. *J. Ment. Health* 2013; 22: 536–543.
21. Gunn V.L., Hickson G.B., Cooper W.O.: Factors affecting pediatricians' reporting of suspected child maltreatment. *Ambul. Pediatr.* 2005; 5: 96–101.
22. Vigarello G.: *Historia gwałtu.* Wyd. Aletheia, Warszawa 2010.
23. Glaser D., Frash S.: *Dziecko seksualnie wykorzystywane.* PZWL, Warszawa 1995.
24. Finkelhor D., Jones L.: Why have child maltreatment and child victimization declined? *Journal of Social Issues* 2006; 62: 685–716.
25. Gilbert R., Fluke J., O'Donnell M. i wsp.: Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet* 2012; 379: 758–772.